

## **The meta-analysis of the effectiveness of play therapy studies on behavioral disorders in children**

**Ganji K. PhD<sup>✉</sup>, Zabihi R. PhD<sup>1</sup>, Taghavi S. MSc<sup>2</sup>**

<sup>✉</sup>*Department of Psychology, Islamic Azad University, Malayer Branch, Malayer, Iran*

<sup>1</sup>*Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Islamshahr, Iran*

<sup>2</sup>*Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Karaj, Alborz Iran*

Received: 2013.12.15      Accepted: 2015.5.5

### **Abstract**

**Introduction:** The aim of the present research was to conduct a meta-analysis on the effectiveness of play therapy studies on behavioral disorders in children.

**Method:** The method of this study was meta-analysis. Twenty two studies from throughout Iran (1996 to 2012) including 637 participants were used in this meta-analysis. Data was analyzed using standardized mean difference effect size method for fixed effect model or Cohen's *d* (Cohen, 1988, Hooman, 2008). All statistical operations were accomplished by Comprehensive Meta-Analysis, Version 2.0 (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2005, translated by Delavar & Ganji, 2012).

**Results:** Results showed that the mean of mixed-model of effect size was 0/434 for the fixed effect model and 0/477 for the random effect model that both of them were significant in 0/001 level. In view of the fact that the effect sizes were heterogeneous, searches were done for moderator variables. Results showed that there wasn't any significant difference between the effect sizes of studies, regarding the research design and gender of participants. The differences between the effect sizes of studies about the effectiveness of play therapy studies on behavioral disorders in children, regarding the age of participants and number of play therapy sessions were significant.

**Conclusion:** It can be concluded that carrying out play therapies in many sessions and in lower ages could decrease behavioral disorder symptoms in children.

**Keywords:** Play Therapy, Behavioral Disorder, Meta-Analysis, Children

## فرا تحلیل اثربخشی بازی درمانی بر اختلال های رفتاری کودکان

کامران گنجی<sup>✉</sup>، رزیتا ذبیحی<sup>۱</sup>، سعیده تقوی<sup>۲</sup>

<sup>✉</sup> گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، ملایر، ایران  
<sup>۱</sup> گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران  
<sup>۲</sup> گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرج، البرز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر فراتحلیل مطالعات اثربخشی بازی درمانی بر اختلال های رفتاری کودکان در ایران بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل است، از این رو با استفاده از پایگاه های اطلاعاتی داخلی و خارجی نسبت به یافتن و جمع آوری تمام گزارش های پژوهشی اقدام شد. نمونه مطالعات مورد استفاده شامل ۲۲ مطالعه انجام شده از ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۱ در سراسر کشور بود که ۶۳۷ نفر آزمونی را در بر می گرفت. داده های حاصل از این ۲۲ مطالعه با روش اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده یا  $d$  کوهن برای مدل اثرهای ثابت مورد فراتحلیل قرار گرفتند. تمام عملیات آماری با استفاده از ویرایش دوم نرم افزار جامع فراتحلیل انجام شد.

**یافته ها:** یافته ها نشان دادند که میانگین اندازه اثر کلی مطالعات مورد بررسی برای مدل اثرات ثابت برابر  $۰/۴۳۴$  و برای اثرات تصادفی برابر  $۰/۴۷۷$  می باشد که هر دو معنادار هستند. با توجه به این که اندازه های اثر ناهمگون بودند، نسبت به جست و جوی متغیرهای تعدیل کننده اقدام شد. یافته ها نشان داد که بین اندازه اثر مطالعات مورد بررسی با توجه به طرح پژوهش و جنسیت آزمودنی ها، تفاوت معناداری وجود نداشت. اما بین اندازه اثر مطالعات مورد بررسی در زمینه اثربخشی بازی درمانی بر اختلال های رفتاری کودکان با توجه به سن آزمودنی ها، نوع متغیر مستقل و تعداد جلسه های بازی درمانی تفاوت معناداری وجود داشت.

**نتیجه گیری:** برگزاری جلسه های بازی درمانی بطور کامل و در جلسه های متعدد و در سنین پایین تر می تواند اختلال های رفتاری کودکان را بهبود بخشد.

**کلید واژه ها:** بازی درمانی، اختلال رفتاری، فراتحلیل، کودکان

## مقدمه

بازی همواره و در همیشه تاریخ وجود داشته است. بازی همزاد و همنشین همیشگی نوزادان، کودکان و نوجوانان بوده است. بازی آینده‌ی بی‌زنگاری است که هزارتوی وجود بازیکنان را به روشنی باز می‌نماید. تصور دنیایی بدون کودکان و کودکانی بدون بازی، اگر نگوئیم ناممکن، دست کم بسیار دشوار است. بازی پنج ویژگی اساسی دارد: از درون فرد برانگیخته می‌شود، آزادانه انتخاب می‌شود، لذت‌بخش است، واقعیت‌گریز است و بازیکنان به طور فعال در آن شرکت دارند [۱]. فرهنگ توصیفی انجمن روان‌شناسی آمریکا [۲] بازی درمانی را این گونه تعریف کرده است: استفاده از فعالیت‌ها و وسایل بازی (مثل گل سفال‌گری، آب، مکهب، عروسک‌ها، عروسک‌های خیمه شب بازی، نقاشی و رنگ انگشتی) در روان‌درمانی کودک. روش‌های بازی درمانی بر این نظریه استوار است که این گونه فعالیت‌ها، زندگی هیجانی و خیال‌پردازی‌های کودک را منعکس می‌کنند و کودک را قادر می‌سازند تا احساسات و مشکلات خود را به نمایش بگذارد، روش‌های جدید را آزمایش کند و با روابط، نه فقط از طریق کلمات، بلکه در عمل آشنا شود. این نوع روان‌درمانی که بر دنیای درونی و تعارض‌های ناهشیار کودک، همچنین زندگی روزمره و روابط جاری او تمرکز دارد، ممکن است غیر رهنمودی باشد، اما در عین حال می‌تواند در سطح رهنمودی‌تر یا تحلیلی‌تر و به صورت تعبیری نیز اجرا شود. بازی، افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار و احساساتی را که برای او تهدیدآمیز هستند نشان دهد [۳]. لندرت، ری و براتون [۴] بر این باورند که بازی درمانی کودک محور تاثیر مثبتی بر روی رفتار و هیجانات دارد. ری، براتون، رینه و جونز [۵] با بررسی حدود یکصد مطالعه در مورد اثرات بالینی بازی درمانی بر بیماری‌های گوناگون، یافتند که بازی درمانی بر روی گروه وسیعی از مشکلات کودکان تاثیر بسیار زیادی دارد. در نگاهی کلی می‌توان تاریخچه و تحولات بازی درمانی را به بازی درمانی به شیوه روان‌تحلیلی بر اساس فعالیت‌های آنا فروید و ملانی کلاین، بازی درمانی رهایی بر اساس فعالیت‌های دیوید لوی، بازی درمانی ارتباطی بر اساس فعالیت‌های جسی تافت و فردریک آلن و بازی درمانی بی‌رهنمود یا مراجع‌محور بر اساس فعالیت‌های کارل راجرز و ویرجینیا اکسلاین تقسیم بندی کرد [۶]. متخصصان، بازی‌درمانی را در بهبود مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده نظیر مبارزه کردن و مشکلات درونی‌سازی شده نظیر بداخلاقی، کودکان بسیار موثر یافته‌اند [۷]. در طول سال‌ها، روان‌شناسان بر اهمیت بازی در روان‌درمانی کودکان به دلایل متعددی اشاره کرده‌اند: ۱- بازی به کودکان اجازه می‌دهد تا احساسات خود را به صورتی کارآمد بیان کنند و برای انجام این کار، بازی راهی طبیعی است، ۲- بازی به بزرگسالان اجازه می‌دهد که وارد دنیای کودکان شوند و به کودکان نشان دهند که آن‌ها را به رسمیت می‌شناسند و

می‌پذیرند، ۳- مشاهده کودکان در حین بازی، به بزرگسالان کمک می‌کند تا آن‌ها را بهتر درک کنند، ۴- از آنجایی که بازی برای کودکان لذت‌بخش است، کودکان را ترغیب می‌کند تا آرام باشند و از این رهگذر اضطراب و حالت دفاعی آنان را کاهش می‌دهد، ۵- بازی فرصت‌هایی را برای رهاسازی احساسات نظیر خشم و ترس در اختیار کودکان قرار می‌دهد که بیان آن‌ها به شیوه ای دیگر دشوار است، ۶- بازی فرصتی را برای کودکان فراهم می‌سازد تا مهارت‌های اجتماعی کسب کنند و ۷- بازی به کودکان فرصت می‌دهد تا نقش‌های جدید را بازی کنند و در محیطی ایمن رویکردهای گوناگون حل مساله را مورد آزمایش قرار دهند [۱].

پیازه یکی از نخستین کسانی بود که دریافت بازی وانمودسازی به کودکان امکان می‌دهد تا مهارت‌های تازه کسب شده را تمرین کرده و بهبود بخشند. پژوهشگران دریافته‌اند که بازی وانمودسازی می‌تواند مهارت‌های شناختی و اجتماعی را نیرومند سازد. از این گذشته مطالعات نشان داده‌اند که بازی به توجه، حافظه، استدلال منطقی، زبان، تخیل و آفرینندگی کودکان کمک کرده و آن‌ها را قادر می‌سازد تا دیدگاه سایرین را ببینند [۱]. پژوهشگران یافته‌اند که بازی خیالی علاوه بر کمک به رشد شناختی، باعث افزایش خودآگاهی، اعتماد به نفس، خویشتنداری، مهارت‌های حافظه و زبان کودکان می‌شود [۸].

لندرت [۹] بازی‌درمانی کودک محور را با گسترش رویکرد بازی درمانی بی‌رهنمود اکسلاین تدوین کرد. لندرت [۴] برای کار کردن با کودکان براساس این رویکرد، موارد زیر را توصیف کرده است: ۱- کودکان نسخه کوچکی از بزرگسالان نیستند، بنابراین بازی درمانگر نباید با آن‌ها این گونه برخورد کند، ۲- آنان قادرند که تمامی هیجان‌های انسانی را بیان کنند، ۳- سزاوار احترام هستند و بایستی برای بی‌همتائی‌شان ارزش‌گذاری شوند، ۴- کودکان انعطاف‌پذیر هستند، ۵- از توانایی ذاتی برای رشد برخوردارند، ۶- کودکان به طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند، ۷- حق دارند خودشان را به صورت غیرکلامی بیان کنند، ۸- نحوه بهره‌مندی از جلسه‌های درمانی را تعیین می‌کنند، ۹- براساس سرعت خودشان رشد می‌کنند و بازی درمانگر باید در این فرایند شکبیا باشد.

پیشینه پژوهشی در زمینه انواع روش‌های بازی‌درمانی در اختلال‌های رفتاری و روانی کودکان در ایران و جهان نسبتاً محدود است. تاکنون تاثیر بازی‌درمانی بر روی سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی کودکان [۱۰]، مفهوم خود دانش‌آموزان، پیشرفت خواندن و منبع کنترل [۱۱، ۱۲] مشکلات گفتاری کودکان [۱۲]، مراحل مختلف رشد کودکان [۱۳]، پیش از عمل جراحی بر پیامدهای آن [۱۴]، مشکلات درونی سازی شده [۱۵-۱۸]، مشکلات برونی‌سازی شده [۱۹]، اختلال‌ها و مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان [۲۰-۲۹]، اضطراب و افسردگی و افزایش سطح حرمت خود [۳۰-۳۶]، کودکان شاهد خشونت خانوادگی [۷]، شدت علایم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی [۳۷، ۳۸، ۳۴، ۳۹]، بی‌توجهی و تکانشگری

از اندازه‌های اثر به کار گرفته می‌شود. در این روش به جای تکیه بر قضاوت‌ها در مورد یک گزارش بررسی پیشینه پژوهشی، می‌توان نتیجه‌گیری آماری به عمل آورد. اطلاعات حاصل از یک فراتحلیل بسیار سودمند و آگاهی بخش هستند. در یک بررسی پیشینه پژوهشی به روش سنتی، دستیابی به نتیجه‌گیری کلی از نوع فراتحلیل، بسیار دشوار است [۶۱، ۶۲]. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی فراتحلیل پژوهش‌های انجام گرفته داخلی در زمینه اثربخشی انواع روش‌های بازی‌درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان است.

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع فراتحلیل است. در این پژوهش ابتدا با استفاده از کلید واژه‌های بازی، بازی درمانی، بازی‌درمانی گروهی، بازی‌درمانی کودک محور، بازی‌درمانگری، اسباب‌بازی، بازی آزاد، بازی آفریننده، بازی آموزشی، بازی اجتماعی، بازی انفرادی، ماسه بازی، شن بازی، بازی با قاعده، بازی پیش دبستانی، بازی تخیلی، بازی تقلیدی، بازی جسمانی، بازی حرکتی، بازی حسی -

حرکتی، بازی خیالی، بازی کامپیوتری، بازی رایانه‌ای، بازی فکری، بازی نمادین، بازی ویدیویی، بازی با حباب، حباب بازی، عروسک بازی، وسایل بازی، هنر درمانی و نظیر این‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی مانند: MEDLINE, Noormags ERIC, Ensani, PsycINFO, PubMed, ASE, ISC, Iranpsych, Iranmedex, Ensani, Irandoc, Magiran, SID, و SCI/ SSCI, PsycARTICLES, Irostat, Riec

موتورهای جستجوی گوناگون نسبت به یافتن و جمع‌آوری تمام مقاله‌های منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی، خلاصه مقالات همایش‌ها، نتایج پژوهش‌های کشوری و استانی، پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکتری که به نحوی به بررسی اثربخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان در ایران پرداخته بودند اقدام شد. همچنین برای یافتن پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد، دکتری و دکترای حرفه‌ای که گزارش پژوهشی آن‌ها به صورت مقاله به چاپ نرسیده بود به دانشگاه‌ها و مؤسسه‌های آموزش عالی مراجعه شد. بدین ترتیب تمامی پژوهش‌های انجام شده در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۱ گردآوری شدند. برای وارد کردن هر پژوهش در فراتحلیل ملاک‌های زیر در نظر گرفته شدند:

- ۱- پژوهش‌ها در سازمان‌ها، دانشگاه‌ها و/ یا مراکز آموزش عالی انجام شده باشند.
- ۲- پژوهش‌ها در مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری انجام شده باشند.
- ۳- پژوهش‌ها با استفاده از ابزارها و روش‌های معتبر و دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب انجام شده باشند.

کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی [۴۰، ۴۱]، عزت‌نفس دانش‌آموزان نابینا [۱۹]، کاهش ترس از شب [۴۲]، پرخاشگری کودکان [۲۵، ۴۳-۴۶]، مهارت‌های ارتباطی [۴۷]، سبک‌های فرزندپروری [۴۸]، اختلال سلوکی کودکان [۴۹]، کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی [۶]، کاهش کمروبی و گوشه‌گیری اجتماعی [۵۰]، هراس خاص [۵۱]، ترس اجتماعی اضطراب جدایی [۵۲، ۵۳]، تعامل اجتماعی [۵۴]، علائم آسیب‌دیدگی تحولی [۵۵]، توانایی‌های ذهنی [۵۶]، کاهش خطاهای املایی دانش‌آموزان دارای اختلال نوشتن [۵۷]، فعالیت‌های ذهنی و شاخص‌های ایمنی شناختی [۵۸]، نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله [۵۷]، رشد ادراک حرکتی - بینایی کودکان [۵۷، ۵۹]، کاهش هراس اجتماعی [۶۰]، مورد بررسی قرار گرفته است.

بر/توون و همکاران [۷] با انجام فراتحلیل بر روی ۹۳ مطالعه که در فاصله ۱۹۵۳ تا ۲۰۰۰ صورت گرفته و ۳۲۶۳ آزمودنی را در بر می‌گرفت، میانگین اندازه اثر را ۰/۸۰ گزارش کردند. آن‌ها یافتند که اندازه اثر مطالعاتی که والدین را درگیر فرآیند بازی‌درمانی کودکان کرده‌اند بسیار بیشتر از مطالعاتی است که بازی‌درمانی توسط متخصصان به تنهایی انجام شده است. همچنین یافته‌های بر/توون و همکاران [۷] حاکی است که اندازه اثر بازی‌درمانی با توجه به جنسیت و سن آزمودنی‌ها و نوع رویکرد بازی‌درمانی مورد استفاده تفاوتی نداشته است. از آنجایی که پژوهش‌های مربوط به اثربخشی بازی‌درمانی بر اختلال‌های رفتاری-روانی کودکان در سال‌های اخیر در کشورمان افزایش چشمگیری یافته است، انجام بررسی‌های فراتحلیل در این مرحله می‌تواند ضمن بازنگری مطالعات پیشین، نتایج آن‌ها را ترکیب و به برآورد دقیقتر و نتایج واحدی بینجامد. ترکیب نتایج و استفاده از پژوهش‌های پیشین به عنوان واحد تحلیل برای به دست آوردن یک تصویر کلی و بدون ابهام در زمینه تاثیر بازی‌درمانی در این برهه زمانی در کشور مفید و مؤثر است.

پژوهشگران به طور سنتی در مورد تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهشی از طریق بررسی پیشینه پژوهشی، نتیجه‌گیری می‌کنند. در بررسی پیشینه پژوهشی، پژوهشگر تعدادی از پژوهش‌هایی که به یک موضوع خاص پرداخته‌اند را مطالعه و سپس برای خلاصه کردن و ارزشیابی پیشینه‌های پژوهشی مقاله‌ای تهیه می‌کند. گاهی یک بررسی، گزارشی است که نویسنده در مورد یافته‌های پژوهشی ارائه و در مورد پیشینه پژوهشی نتیجه‌گیری می‌کند. نتیجه‌گیری‌ها در یک گزارش پیشینه پژوهشی بر برداشت‌های ذهنی نویسنده استوار است. در سال‌های اخیر برای مقایسه تعداد بسیار زیادی از پژوهش‌ها در یک حیطه خاص، روش دیگری طراحی شده است، این روش فراتحلیل نام دارد.

پژوهشگر در روش فراتحلیل نتایج واقعی تعدادی از پژوهش‌ها را ترکیب می‌کند. در این تحلیل، برای مقایسه یک یافته معین در بررسی پیشینه پژوهش، مجموعه‌ای از روش‌های آماری با استفاده

## یافته‌ها

جدول ۱ فراتحلیل مطالعات اثربخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری-روانی کودکان را براساس ۲۲ مطالعه نشان می‌دهد. میانگین اندازه اثر کلی مطالعات انجام شده در زمینه اثربخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان برای مدل اثرات ثابت برابر  $0/4334$  و برای اثرات تصادفی برابر  $0/477$  می‌باشد که هر دو در سطح  $0/001$  معنادار هستند. بدین ترتیب فرض صفر مبنی بر اینکه متوسط کلی اندازه اثر تفاوت ندارد رد می‌شود. بر اساس ملاک‌های کوهن [۶۴] برای تفسیر معناداری عملی اندازه اثر، ارزش‌های  $d$  بالا نشانگر میزان اندازه اثر زیاد هستند. بنابراین میانگین اندازه اثر پژوهش حاضر ( $0/4334$ ) را می‌توان به عنوان اثر متوسط بازی درمانی بر بهبود اختلال‌های رفتاری کودکان تفسیر کرد.

نمودار ۱ فاصله اطمینان اندازه اثر ۲۲ مطالعه برای اثربخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان را نشان می‌دهد. همانطور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود اندازه اثر مطالعات مورد بررسی بجز مطالعات شماره ۲ و ۲۱ همگی در سطوح  $0/01$  درصد معنادار هستند و همان‌گونه که پیشتر آمد میانگین اندازه اثر کلی تمام این ۲۲ مطالعه در هر دو مدل اثرات ثابت و تصادفی در سطح  $0/001$  معنادار می‌باشند. بالاترین اندازه اثر در ۲۲ مطالعه مورد بررسی به ترتیب مربوط به مطالعات شماره ۹، ۱۱، ۱۰، ۶، ۱ است.

۴- پژوهش‌ها با یکی از روش‌های آزمایشی و/ یا شبه آزمایشی انجام شده باشند.

۵- پژوهش‌ها از نظر اصول روش شناختی به درستی انجام شده باشند.

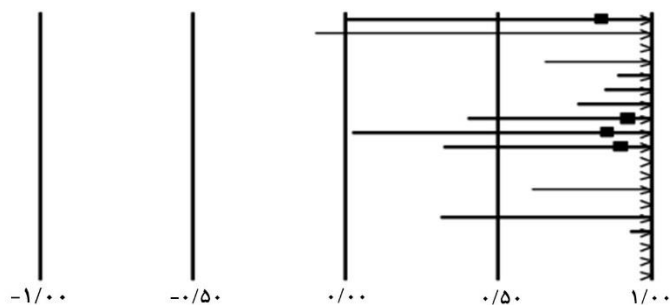
۶- پژوهش‌ها اندازه اثر را گزارش کرده یا اطلاعات لازم برای محاسبه آن را ارائه کرده باشند.

۴- پژوهش‌ها حداقل بر روی ۵ نفر آزمودنی انجام شده باشند.

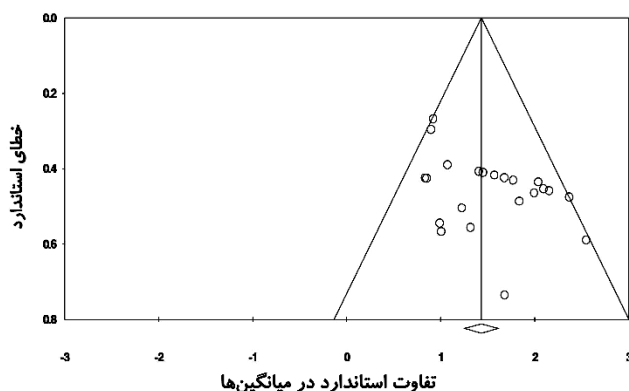
همچنین برای انتخاب و استخراج اطلاعات پژوهش‌های گوناگون نسبت به تهیه یک فهرست وارسی اقدام شد. محتوای این فهرست با تکیه بر ادبیات پژوهشی و نظرسنجی از سه نفر از صاحب نظران فراتحلیل و بازی درمانی تهیه و نهایی شد. از این فهرست برای کدگذاری پژوهش‌ها استفاده و کدگذاری توسط دو نفر ارزشیاب بصورت جداگانه صورت گرفت. سرانجام پایایی این ارزیاب‌ها با ضریب کاپا معادل  $0/77$  محاسبه شد. در پاره‌ای موارد پژوهشگران ناگزیر از اصلاح بخش‌های گوناگون پژوهش‌ها از جمله روش‌های آماری آن‌ها شدند. با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش‌ها در فراتحلیل حاضر و همچنین نتایج ارزیابی‌ها، از میان پژوهش‌های انجام شده فقط ۲۲ پژوهش انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفتند. بسیاری از صاحب نظران، انجام فراتحلیل حتی بر روی تعداد مطالعاتی بسیار کمتر از این را بشرط رعایت ملاک‌ها و شرایط، قابل قبول می‌دانند [۶۱، ۶۲، ۶۳]. تحلیل داده‌های پژوهش بر اساس روش اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده یا  $d$  کوهن برای مدل اثرهای ثابت صورت پذیرفت. تمام عملیات آماری با ویرایش دوم نرم‌افزار جامع فراتحلیل [۶۱، ۶۲، ۶۳] انجام شد.

جدول ۱. داده‌های فراتحلیل اثربخشی بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان

مطالعه	سال	طرح	$n_E$	$n_C$	$D$	$\hat{\sigma}_i^2$
۱ قادری و همکاران	۱۳۸۵	۱	۱۲	۱۲	$0/837$	$0/181$
۲ ذوالمجد و همکاران	۱۳۸۶	۲	۷	۷	$0/401$	$0/322$
۳ زارع و احمدی	۱۳۸۶	۱	۵	-	$0/736$	$0/386$
۴ جلالی و همکاران	۱۳۸۷	۱	۱۵	۱۵	$0/751$	$0/211$
۵ جنتیان و همکاران	۱۳۸۷	۲	۱۵	۱۵	$0/454$	$0/169$
۶ زارعپور و همکاران	۱۳۸۸	۱	۱۲	۱۲	$0/841$	$0/327$
۷ جلالی و مولوی	۱۳۸۹	۲	۱۵	۱۵	$0/680$	$0/180$
۸ کاراحمدی و جلالی	۲۰۱۱	۱	۱۵	۱۵	$0/575$	$0/175$
۹ سعادت	۱۳۹۰	۲	۶۰	۲۰	$0/924$	$0/072$
۱۰ یابایی و همکاران	۱۳۹۰	۲	۱۲	۱۲	$0/855$	$0/182$
۱۱ جعفری و همکاران	۱۳۹۰	۲	۲۵	۲۵	$0/90$	$0/088$
۱۲ ابراهیمی و همکاران	۱۳۹۰	۱	۲۰	۱۰	$0/79$	$0/217$
۱۳ تکلوی	۱۳۹۰	۱	۱۵	-	$0/321$	$0/201$
۱۴ جلالی و همکاران	۱۳۹۰	۱	۱۵	۱۵	$0/73$	$0/227$
۱۵ عبدخدایی و صادقی	۱۳۹۰	۱	۱۵	۱۵	$0/408$	$0/166$
۱۶ گنجی و همکاران	۱۳۹۰	۱	۲۵	-	$0/551$	$0/248$
۱۷ آذرنیوشان و همکاران	۱۳۹۱	۱	۱۵	۱۵	$0/79$	$0/207$
۱۸ رضایی و همکاران	۱۳۹۱	۱	۱۵	۱۵	$0/57$	$0/183$
۱۹ برزگر و همکاران	۱۳۹۱	۱	۱۵	۱۵	$0/774$	$0/186$
۲۰ بزمی و نرسی	۱۳۹۱	۱	۳۰	-	$0/358$	$0/155$
۲۱ سلطانی‌فر و همکاران	۱۳۹۱	۱	۱۴	-	$0/192$	$0/097$
۲۲ نسایی‌مقدم و همکاران	۱۳۹۱	۲	۱۶	۱۶	$0/765$	$0/290$



نمودار ۱. فاصله اطمینان اندازه اثر مطالعات اثربخشی بازی درمانی بر اختلال های رفتاری کودکان طرح پژوهش: ۱ شبه آزمایشی و ۲ آزمایشی؛ nE و nC به ترتیب حجم نمونه گروه های آزمایشی و کنترل



نمودار ۲. نمودار کیفی اندازه اثر مطالعات خطای استاندارد میانگین در مدل اثرات ثابت

سوی دیگر محاسبه های مربوط به اثر تصادفی نیز معنادار بودند، بنابراین ناهمگونی مطالعات ناشی از روش آماری نیست، به همین دلیل از مدل اثرهای ثابت استفاده و نسبت به جست و جوی متغیرهای تعدیل کننده اقدام شد.

همچنین برای بررسی تورش چاپ و انتشار، نمودار کیفی توسط نرم افزار جامع فراتحلیل ترسیم گردید و از N ایمن از خطای کلاسیک استفاده شد. همان گونه که نمودار ۲ نشان می دهد، پژوهش حاضر تا اندازه ای دارای تورش چاپ و انتشار می باشد. این امر می تواند ناشی از حجم نمونه مطالعات مورد استفاده باشد. آزمون N ایمن از خطای کلاسیک نیز نشان داد که تفاوت بین مطالعات مشاهده شده و مطالعات جا افتاده قابل توجه است. آزمون تعداد ناکامل بی خطر روزنتال (Fail-safe N) تعداد مطالعات گم شده (با میانگین اثر صفر) محاسبه می کند که بایستی به تحلیل افزوده شوند تا به یک اثر کلی نامعناد آماری بینجامد.

با توجه به این که اندازه های اثر ناهمگون هستند، گام بعدی جست و جوی متغیرهای میانجی یا تعدیل کننده است که می توانند تغییرپذیری اندازه های اثر را تبیین کنند. در اینجا به عنوان متغیرهای میانجی، طرح پژوهشی که متمایز کننده طرح های آزمایشی (جایگزینی تصادفی) و شبه آزمایشی (جایگزینی غیر تصادفی) است، جنسیت آزمودنی ها (دختر، پسر، هر دو) سن آزمودنی (بالتر از ۶ سال و زیر ۶ سال)، نوع مداخله (روش بازی درمانی) و تعداد/ساعات های جلسه های آموزشی را که بجز سن همگی مقوله ای هستند انتخاب شدند. خلاصه میانگین

با این که محاسبه اندازه اثر کلی در فراتحلیل مهم است، اما ارزشیابی ناهمگونی برآوردهای اثر پیرامون میانگین آنها مهمتر است. باید بدانیم که آیا تغییرپذیری در اندازه های اثر فقط ناشی از خطای نمونه گیری است، یا میزان تغییرپذیری بیش از آن است که بتوان آن را با خطای نمونه گیری تبیین کرد. معمولاً به این سؤال با آماره ناهمگونی  $Q$  پاسخ داده می شود. هنگامی که فرض صفر ناهمگونی را فقط ناشی از خطای نمونه گیری می داند، آماره  $Q$  از توزیع مجذور کای با درجه آزادی  $k-1$  پیروی می کند.

هنگامی که فراتحلیل بر روی تعداد کمی از پژوهش ها انجام می شود، آماره ناهمگونی  $Q$  قدرت آماری اندکی دارد. در این صورت کامل کردن آماره ناهمگونی  $Q$  با شاخص  $I^2$  مطلوب تر است. شاخص  $I^2$  درصدی است که درباره میزان تغییرپذیری در توزیع اندازه اثر ناشی از ناهمگونی واقعی (یعنی ناهمگونی نه بر اثر خطای نمونه گیری بلکه ناشی از بسیاری متغیرهای میانجی گوناگون) اطلاعات زیادی می دهد. برای بررسی ناهمگونی مطالعات از شاخص  $Q$  استفاده شد. شاخص  $Q$  برای ۲۲ مطالعه با درجه آزادی ۲۱ برابر با ۳۰/۲۷۱ محاسبه شد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین فرض صفر تایید شده و نتیجه گرفته می شود که مطالعات مورد بررسی نامتناس و ناهمگون هستند. هر چند تعداد مطالعات کم نیست با این حال آماره  $I^2$  نیز محاسبه شده و برابر ۳۰/۶۲۶ بود که باز هم نشانگر ناهمگونی بسیار قابل توجه در مطالعات است. بدین ترتیب مطالعات مورد بررسی در یک اندازه اثر حقیقی مشترک هستند و تفاوت های اندازه اثر ناشی از خطای نمونه گیری است. از

اندازه‌های اثر برای این پنج متغیر تعدیل کننده به تفکیک در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه میانگین اندازه‌های اثر برای پنج متغیر تعدیل کننده در

فرا تحلیل			
طبقه	k	d	Q
<b>روش پژوهش</b>			
آزمایشی	۷	۰/۳۲۷	۱/۲۲۱
شبه آزمایشی	۱۵	۰/۱۹۶	۱/۱۰۱
<b>جنسیت</b>			
دختر	۴	۰/۳۹۱	۲/۲۱۷
پسر	۷	۰/۳۸۶	۲/۳۰۱
هر دو	۱۱	۰/۴۹۸	۲/۴۶۶
<b>سن</b>			
زیر ۶ سال	۱۸	۰/۸۴۷	۳/۳۷۴
بالای ۶ سال	۴	۰/۲۳۲	۱/۲۱۹
<b>روش بازی درمانی</b>			
شناختی- رفتاری	۹	۰/۶۲۹	۴/۵۳۳
کودک محور	۱	۰/۵۵۱	۳/۳۰۱
تحولی	۱	۰/۱۹۲	۲/۸۹۴
سایر/ نامشخص	۱۱	۰/۴۸۲	۲/۰۱۸
<b>تعداد جلسات</b>			
۵ تا ۸	۹	۰/۴۴۶	۳/۴۰۷
۹ تا ۱۲	۱۰	۰/۵۳۲	۳/۸۹۹
بیشتر از ۱۲ جلسه	۳	۰/۵۹۸	۵/۱۲۱

پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام شده در این زمینه [۷] همسو است. هر چند نبایستی از نظر دور داشت که اندازه اثر گزارش شده توسط برتون و همکاران [۷] بیشتر از پژوهش حاضر بوده است. از این گذشته متغیرهای سن آزمودنی‌ها و تعداد جلسه‌های بازی-درمانی در پژوهش حاضر به عنوان متغیرهای تعدیل کننده عمل کرده و بر اندازه اثر کلی، تاثیر گذاشته‌اند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تفاوت تعداد مطالعات مورد استفاده (۹۳ مطالعه در برابر ۲۲ مطالعه)، تعداد آزمودنی‌های مطالعات (۳۲۶۳ نفر در برابر ۶۷۳ نفر)، میانگین سن آزمودنی‌ها و تعداد جلسه‌های بازی‌درمانی اشاره کرد. با وجود این هر دو پژوهش فراتحلیل بر اهمیت و نقش رویکردهای گوناگون بازی‌درمانی بازی در بهبود و کاهش انواع اختلال‌های رفتاری-روانی و کمک به رشد کودکان تاکید دارند. درمانگران کودکان همواره در تنگنا قرار دارند تا بهترین و اثربخش ترین نوع درمان را به مراجعان خردسال خویش ارائه کنند. از سوی دیگر اثربخشی مداخله‌های روانی بطور تاریخی مورد شک و تردید جامعه و دست اندرکاران بهداشت روانی بوده است. به هر حال در سایه انبوه پژوهش‌های صورت گرفته در سال‌های اخیر بر اهمیت مداخله‌های زود هنگام و بکارگیری تدبیرهای درمانی مناسب که دارای پشتوانه علمی و تجربی بوده و به گونه ای طراحی شده‌اند که نیازهای خاص کودکان را بخوبی برآورده سازند تاکید شده است. برنامه‌های درمانی نباید بصورت انبوه تولید شوند، حتی اگر مراجعان مشکلات کم و بیش مشابهی داشته باشند، بلکه هر برنامه باید با مشکلات و نیازهای مراجعان تناسب داشته باشد [۶۴، ۶۵].

کودکان از توانایی لازم برای بیان مناسب افکار، تجربیات و احساسات‌شان از طریق زبان انتزاعی برخوردار نیستند. اشیاء و وسایل محسوس نظیر انواع اسباب‌بازی و سایر تجربیات بازی محور که در بازی‌درمانی ارائه می‌شود، روش مناسب و از نظر عاطفی بی‌ضرری برای ابراز تجربیات ناخوشایند و دشوار آنان فراهم می‌سازد. از این رو بازی‌درمانی مداخله‌ای اثربخش برای طیف گسترده ای از مشکلات کودکان در هر سن و از هر جنسیت و در هر گونه محیطی است. دیکاستر [۶۶] فراتحلیل‌ها را بسته به هدف و اطلاعاتی که فراهم می‌کنند به سه دسته تقسیم می‌کند: نوع اول قدرت یک اثر در ادبیات پژوهش را خلاصه می‌کند. هدف اصلی آن این است که بود یا نبود اندازه‌های اثر فرضی را تعیین و قدرت آن‌ها را اندازه‌گیری کند. نوع دوم تلاش دارد مشخص کند کدام متغیرهای میانجی بر قدرت یک اثر تاثیر می‌گذارند. نوع سوم تلاش می‌کند تا از فراتحلیل برای فراهم کردن شواهد تازه برای یک نظریه استفاده کند. این نوع از تحلیل به فراسوی متغیرهای میانجی مورد بررسی در مطالعات اولیه رفته و متغیرهای بالقوه جدیدی را معرفی می‌کند. از آن گذشته مواردی که باید در ادبیات پژوهشی بیشتر مورد توجه و بررسی قرار گیرند را معین می‌نماید. فراتحلیل می‌تواند نقایص ساختاری و منابع سوگیری مطالعات اولیه را مشخص ساخته و سوال‌های پژوهشی مناسبی برای آینده مطرح کند.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بررسی اندازه اثر متغیرهای تعدیل کننده نشان داد که بین اندازه اثر مطالعات مورد بررسی با توجه به طرح پژوهش و جنسیت آزمودنی‌ها، تفاوت معناداری وجود نداشت. اما بین اندازه اثر مطالعات مورد بررسی در زمینه اثربخشی بازی‌درمانی بر اختلال‌های رفتاری روانی کودکان با توجه به سن آزمودنی‌ها، نوع متغیر مستقل و تعداد جلسه‌های آموزش بازی‌درمانی تفاوت معناداری وجود داشت. بدین ترتیب متغیرهای سن آزمودنی‌ها و تعداد جلسه‌های بازی‌درمانی در پژوهش حاضر به عنوان متغیرهای تعدیل کننده عمل کرده و بر اندازه اثر کلی، تاثیر گذاشته‌اند.

## بحث

پژوهش حاضر برای بررسی فراتحلیلی مطالعات اثربخشی بازی‌درمانی بر اختلال‌های رفتاری-روانی کودکان ایرانی انجام شد، تا از این رهگذر ضمن ترکیب یافته‌های متفاوت مطالعات موجود، امکان نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این زمینه را فراهم سازد. نتایج نشان داد که میانگین اندازه اثر کلی مطالعات انجام شده در زمینه اثربخشی بازی‌درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان برای مدل اثرات ثابت برابر ۰/۴۳۴ و برای اثرات تصادفی برابر ۰/۴۷۷ می‌باشد که هر دو در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. بنابراین میانگین اندازه اثر پژوهش حاضر (۰/۴۳۴) را می‌توان به عنوان اثر متوسط بازی درمانی بر اختلال‌های رفتاری کودکان تفسیر کرد. این یافته با سایر

های بعدی باشد. برای تعیین اندازه اثر روش‌های مختلفی وجود دارند که علاقه مندان برای آشنایی با آن‌ها می‌توانند به کتاب‌های آمار پیشرفته مراجعه کنند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی در سنین پایین‌تر و در جلسه‌های بیشتر، موثرتر می‌باشد. از این گذشته برای پاسخگویی به سوال‌های زیر هنوز انجام مطالعات بیشتری که بخوبی طراحی شده اند مورد نیاز است: بازی درمانی در کدام سن اثربخش‌تر است؟ بازی درمانی بر کدام جنسیت اثربخش‌تر است؟ کدام رویکرد بازی درمانی اثربخش‌تر است؟ در چه شرایطی اثربخش‌تر است؟ آیا درگیر ساختن والدین در فرآیند بازی درمانی اثربخش‌تر است؟ درگیر ساختن والدین در فرآیند بازی درمانی بطور مستقیم اثربخش‌تر است یا غیر مستقیم؟ بازی درمانی در کدام گروه از کودکان استثنایی اثربخش‌تر است؟ بازی درمانی بر روی کدام یک از مشکلات گروه کودکان استثنایی اثربخش‌تر است؟ کدام یک از روش‌های بازی درمانی فردی یا گروهی اثربخش‌تر است؟

**تشکر و قدردانی:** پژوهش حاضر با صرف وقت و هزینه شخصی و همکاری صمیمانه جمعی از دانشجویان عزیزمان و به ویژه خانم بنفشه قاسمی زاده انجام شده که از تلاش‌های بی‌شائبه آن‌ها سپاسگزاریم. پرفسور مایکل بورنشتین و همکارانش نیز برای در اختیار گذاشتن نرم‌افزار جامع فراتحلیل و مشورت‌های ارزشمند در خور تقدیر ویژه‌اند.

### منابع

- Hughes FP. Play psychology, children, play and development. 3 ed. Tehran: Roshd Publications; 2012.
- Association AP. APA Dictionary of Psychology. Tehran: Aras Publications; 2012.
- Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J Preventive Med.* 2008;35(3):287-313.
- Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychol Schools.* 2009;46(3):281-9.
- Ray D, Bratton S, Rhine T, Jones L. The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *Int J Play Ther.* 2001;10(1):85.
- Bazmi N, Nesri M. The effect of play therapy tecniqs on decrease anxiety, increase of positive feelings and general adjustment level in 9-12 years old children with blood cancer. *J Psychol Stud.* 2012;8(4):107-30. [Persian]
- Bratton S, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy

در نمونه‌گیری مطالعات پیشین برای بررسی فراتحلیل حاضر، به گونه‌ای عمل شد تا از تورش در نمونه‌برداری از یافته‌ها، بحث درون و بیرون سطل آشغال، یکتایی و عدم استقلال اثرات، تاکید بیش از حد بر اثرات انفرادی و سرانجام مشکل ترکیب سیب‌ها و پرتغال‌ها به عنوان محدودیت‌های فراتحلیل تا سرحد امکان پیشگیری شود [۶۱]. از این رو به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بدون هیچگونه پیشداوری نسبت به گردآوری تمامی پیشینه پژوهشی موجود اقدام و از معرفی پژوهش‌های ضعیف به لحاظ روش‌شناسی، مدل آماری، یافته‌ها و مواردی از این قبیل خودداری شد. در پژوهش حاضر فقط ۲۲ مطالعه دارای ملاک‌های لازم و مناسب برای وارد کردن در فراتحلیل بودند. بسیاری از صاحب‌نظران، انجام فراتحلیل حتی بر روی تعداد مطالعاتی کمتر از این را بشرط رعایت سایر ملاک‌ها و شرایط، قابل قبول می‌دانند [۶۱، ۶۳].

در کتاب راهنمای انتشارات انجمن روانشناسی آمریکا [۶۷] گفته شده، برای اینکه خواننده اهمیت یافته‌های شما را بطور کامل درک کند، تقریباً همیشه لازم است که نوعی اندازه اثر یا نیروی رابطه در بخش نتایج گزارش شود. از این گذشته انجام مطالعات فراتحلیل نیازمند محاسبه اندازه اثر است که در پاره ای موارد بسیار دشوار و وقت گیر است. پژوهشگران باید ترغیب شوند تا ضمن بکارگیری روش‌های آماری مناسب، مقدار اندازه اثر را نیز در گزارش‌های خود ارائه نمایند و سردبیران و ویراستاران مجله‌های علمی نیز در این زمینه اهتمام ورزند تا چراغی فرا روی پژوهش

- of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol: Res Pract.* 2005;36(4):376.
- Baggry J, Parker M. Child-Centered Group Play Therapy With African American Boys at the Elementary School Level. *J Couns Dev.* 2005;83(4):387-96.
- Landreth GL. Child-centered play therapy. *Elemen School Guid Couns.* 1993:17-29.
- Barrett D. The effects of play therapy on the social and psychological adjustment of five-to nine-year old children [Dissertation]: ProQuest Information & Learning; 1976.
- Crow JC. Play Therapy with Low Achievers in Reading, 1994.
- Mehrdad H. The effect of play therapy on educational achivement of elementary mentally retarded students of Khoram Abad city in 1388-89 academic years. *Prof Psychol: Res Pract.* 2011;1(2):119-47.
- Dougherty J. Impact of child – centered play therapy on children of different developmental stages; 2006.



14. William L, Cheung H, Lopez V, Lee TLI. Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Res Nurs Health*. 2007;30(3):320-32.
15. Bayat M. Non directive play therapy in children with internalized problems. *Dev Psychol: Iran Psychol*. 2009;14(15):267-76. [Persian]
16. Garza Y, Bratton SC. School-Based Child-Centered Play Therapy with Hispanic Children: Outcomes and Cultural Consideration. *Int J Play Ther*. 2005;14(1):51.
17. Leblanc M, Ritchie M. A meta-analysis of play therapy outcomes. *Couns Psychol Quarter*. 2001;14(2):149-63.
18. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Profe Couns: Pract Theory Res*. 2004;32(2):28-41.
19. Barzegar Z, Pourmohammadreza-Tajrishi M, Behnia F. The effectiveness of playing on externalizing problems in preschool children with behavioral problems. *J Behav Scie*. 2013;6(4):347-54. [Persian]
20. Arezomanian K. The effect of non-direct play therapy on behavioral disorders of children Tehran: Islamic Azad University, Rodehen Branch; 2001.
21. Azarnioshan B, Behpajoh A, Bonab G. The Effectiveness of Cognitive Behaviorbased Play Therapy on the Behavioral Problems among Primary Students with Intellectual Disabilities. *Res on Excep Child*. *Iran J Excep Child*. 2012;12(2):5-16.
22. Bitaneh M. The effect of play therapy on reducing emotional problems (anxiety) of preschool children[Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University Central, Tehran Branch; 2001.
23. Jafari N, Mohammadi M, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iranian J Psychol*. 2011;6:1.
24. Komijani Z, Hashemi. The effect of play therapy on reducing of behavioral disorders of 9-12 years old students who physically-emotionaly abused in Tehran city. *J Educ Psychol*. 2010;15:19-32.
25. Lashkajani FG. The effect of non-directive play therapy in reducing of behavioral problems and aggressiveness of maladjustment children with borderline intelligence performance, single case research[Dissertation]. Tehran: Iran Medical Sciences University; 2000.
26. Mostafavi S, Shaedyri M, Mahmodi M, Gharaei J. Effectivness of parent-child centered play terapy to mothers on behavioral problems of children. *Contempor Psychol*. 2011;5:70-712. [Persian ]
27. Shegefti N. Different method of play therapy and its application in therapy of behavioral and emotional disorders of children. *J Methods Models Psychol*. 2011;1(4):45-63. [Persian]
28. Taklavi S. Training mothers in play therapy and its effects on the behavior problems of learning disabled children. *J Learn Disabil*. 2011;1(1):44-59. [Persian]
29. Zare M, Ahmadi S. The effectiveness of cognitive behavior play therapy on decreasing behavior problems of children. *Appl Psychol*. 2007;1(3):18-28.
30. Amster F. Differential uses of play in treatment of young children. *Play therapy: Dynamics of the process of counseling with children*. 1982:33-42.
31. Hatami Z, Yousefi M, Delavar A. The effect of group play therapy on depressed children. *J of Counsel*. 2009;7(4):20-6. [Persian]
32. Karahmadi M, Jalali S. Effectivness of group play therapy in generalized anxiety disorder of children. *Iranian J Pstchia Behav Scie*. 2011;5(1). [Persian]
33. MamiYanlo M. The effect of plat therapy on children anxiety who hospitalized in iner center of Tehran central clinic. Tehran: Rehabilitation Sciences University; 2000.
34. Naderi F, Heidarie A, L B, P A. The efficacy of play therapy on ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz metropolitan counseling clinics. *J Appl Sci*. 211;10(3):189-95. [Persian]
35. Santacruz I, Méndez FJ, Sánchez-Meca J. Play therapy applied by parents for children with darkness phobia: Comparison of two programmes. *Child & family behavior therapy*. 2006;28(1):19-35.
36. Zarepour A, FalahiKhoshknabi M, Kashaninia Z, Biglarian A, Babashahabi R. The effect of group play therapy on depression of children with cancer. *Scien J of Medic Scinc of Kordestan*. 2009;14:64-72.
37. Ganji K, Zabihi R, Khodabakhsh R, Kraskian A. The impact of child-centered play therapy on behavior symptom's reducing of children with attention deficit / hyperactivity disorder *Clin Psychol J*. 2012;3(4):15-25. [Persian ]
38. Jnatian S, Nouri A, Sharifi A, Molavi H, Samayatian H. Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. *J Behav Scie*. 2009;6(2):109-18. [Persian]
39. Bahrami A. The Effectiveness of ball and non-ball games on improvement of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in the 9-11 year old male students in Arak. *J Arak Med Sci University*. 2012;15(64):1-9. [Persian ]
40. Najafi M, Mohammadi M, Asari S. The effect of computer game and type training with computer on inattention and impulsivity of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Med Sci*. 2006;7(3):47-56. [Persian]
41. Saadat M. Which Symptoms of ADHD Would Improve with Play Therapy and Yoga? *Res on Excep Child*. *Iranian J Excep Child*. 2011;11(1):45-56. [Persian]
42. Ebrahimi-Dehshiri N, Mazaheri M, Tahmasian K. Efficacy of cognitive-behavioral play therapy in reducing children's night-time fears. *J Behav Scie*. 2011;5(3):253-9. [Persian ]
43. Ahmadi M. Effectiveness of child-centered play therapy on aggressiveness. Tehran: Tarbiat Modares University.
44. Baedi Z. Effectivness of cognitive-behavioral play therapy on decrising agressivness of children with behavioral disorders[Dissertation]. Tehran:

- Iran Medical Sciences University; 2000.
45. Ghaderi N, Moghadam MA, Shaeri M. The effectiveness of behavioral-cognitive play therapy on aggression of children with conduct disorder. *Daneshvar Raftar*. 2006;13(19):75-84. [Persian]
  46. Zoalmajad A, Borjali A, Arian K. The effect of sand play therapy on boys' aggressive behavior. *Res on Excep Child. Iranian J Excep Child*. 2007;7(2):155-8. [Persian]
  47. Asghari MN, Afroz G, Bazargan A. A, Shokohiyekta M. The effect of doll play therapy on relation skills of children. *J of Principle Ment Health*. 2011;13(1):43-57. [Persian]
  48. Amiri F, Abadi H. Effectiveness of child-parent relation play therapy on child rearing stayls. *J Consel Fam Psychother*. 2012;1(4):437-89. [Persian ]
  49. Babaei M. The effectiveness of group play therapy on conduct disorder of elementary students. *J Modern Educ Thoughts*. 2011;7(1):49-64. [Persian]
  50. Jafari A, Khalatbari J, Abolfathi H. The study of play therapy with Maykenbam cognitive-behavioral approach in decrease of shiness and social withdrawel of elementary children of Abhar city. *J New Results Psychol*. 2011;6(18):7-16. [Persian]
  51. Jalali S, Aghaei A, Molavi H, KarAhmadi M. The effect of group play therapy on special phobia of 5-11 years old children who refer to medical science clinics in Isfahan. *J Sci Res Psychol*. 2009;38:25-40. [Persian]
  52. Jalali S, Molavi H. The Effect of Play Therapy on Separation Anxiety Disorder in Children. *J Psychol*. 2011;14(4):370-82. [Persian]
  53. Rezaei Z, Payvastehgar M, F G. Impact of cognitivebehavioral play therapy with parent's involvement in reducing children's social phobia. *J Behav Scien*. 2013;6(4):355-61. [Persian]
  54. Rasouli M. The effect of play therapy on social interaction of 4-6 years children with delay in social evolution in Ameneh 1997 in 1998[Dissertation]. Tehran: Iran Rehabilitation Sciences University; 1998.
  55. Soltanifar A, Jafarzadeh S, Modares-Gharavi M, Mokhber N, Rezaei A. The efficacy of developmental attachment-based play therapy on developmental trauma disorder symptoms in children from 3 to 9 years old. *J Fundement Health*. 2008;14(3):260-8. [Persian]
  56. Saneh A, Salman Z. The effect of physical activity and play on development of mental ability of preschool girls. *J Fam Res*. 2008;2(4):111-32. [Persian]
  57. Abdi A, Karami M, Hatami J. The effect of improving visual memory through play therapy on reducing spelling errors in students with dysgraphia. *J Res Rehabil*. 2012;8(4):1-11. [Persian]
  58. Faraji J, Alipour A, Molaei E, Bayani A, Mirrezaei S. The effect of coumputer game on mental activity and cognitive security index in children. *J Psychol*. 2002;23(6):227-43. [Persian]
  59. Nesaei B, Malekpour M, Abedi A, Mafakheri Z. The effectiveness of sand play therapy method on movment-visual perception development of educable mentally retarded children. *Res Rehabil Scie*. 2012;8(3):553-9. [Persian]
  60. Farahzadi M, Zare M, Mohammadifa M. Effectvness of Geshtalt play therapy in decreasing of social phobia. *Develop Psychol. Iranian Psychol*. 2011;7(28):387-95. [Persian]
  61. Borenstein M, Hedges L, Higgins J, Rothstein H. *Comprehensive Meta-analysis Version*. Tehran: Alameh Tabatabaei University Publications; 2013.
  62. Hooman H. *Aplied guidance of meta-analysys in scientific research*. Tehran: Samt Publications,; 2009.
  63. Borenstein M, Hedges L, Higgins J, Rothstein H. *Introduction to Meta- Analysis*. New York: John Wiley & Sons; 2009.
  64. Magnuson S. *Play as a therapy: counselors and social studies educators collaborating to help children*. *Int J Soc Educ: Official J de Indiana Counci Soc Stud*. 2003;18(1):59-66.
  65. Slagert K, Jongesma A. *Practical therapy planning, mental retardation and developmental disabilities*. Tehran: Jayhon Publications; 2008.
  66. DeCoster J. *Meta-analysis notes*. Retrieved July. 2004;17:2010.
  67. Association AP. *Publication manual of the American psychological association: American Psychological Association Washington, DC*; 2001.